MINISTÉRIO DA SÁUDE

MÓDULO 1:

INTEGRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Brasília – DF
2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

GUIA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

MÓDULO 1: INTEGRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Brasília – DF
2018

Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e Informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9040
Site: dab.saude.gov.br

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde
Departamento da Vigilância das Doenças Transmissíveis
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde
Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais
Departamento de Vigilância em saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
SRTV 701, via W5 Norte, Edifício PO700
CEP 70719-040 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-3777
Site: http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude

Coordenação técnica geral:
João Salame Neto
Erika Rodrigues de Almeida
Osnei Okumoto
Sônia Maria Feitosa Brito
André Luiz de Abreu

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico e capa:
Savio Cavalcante Marques

Ilustração:
Savio Cavalcante Marques

Apoio:
Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems
Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

Normalização:
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
68 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pnab_modulo1_integracao_atencao.pdf>
ISBN 978-85-334-2653-5

1. Política Nacional de Atenção Básica. 2. Vigilância em saúde. 3. Atenção básica. I. Título.

CDU 35:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0447

Títulos para indexação:
National Policy Guide for Primary Care Module 1: Integrating Primary Health Care and Public Health Surveillance

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

A integração das ações da vigilância em saúde (VS) com a atenção básica (AB) pode ser considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão. Embora diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas no sentido de estimular essa integração nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos para viabilizar os recursos financeiros e organizar estruturas técnico-administrativas locais, a integração dessas duas áreas de conhecimento ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em diversos municípios, a ausência ou insuficiência desta integração provoca dificuldades na identificação dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença e no efetivo controle das doenças e dos agravos prioritários, tornando distante a possibilidade de colocar em prática o princípio da integralidade da atenção no nível local.

Frente a esse desafio e considerando o disposto nas Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e de

Vigilância em Saúde (PNVS), este Guia Operacional foi construído de forma conjunta entre o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), com participação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS/Anvisa, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para orientar gestores e profissionais de saúde na operacionalização do processo de integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde.

Este guia busca apresentar estratégias de integração relacionadas à organização no território e ao processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica com o objetivo maior de possibilitar uma nova prática de vigilância e atenção básica com foco no cuidado ao indivíduo, a família e considerando o ambiente que os rodeia. Essas diretrizes poderão ser adotadas ou adaptadas pelos gestores e profissionais, a depender da realidade de cada território.

Destaca-se que consideramos como equipes da Atenção Básica neste documento a equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Básica (eAB), equipe do Consultório na Rua (eCnR), equipe de Saúde Bucal (eSB), os Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e equipe de Saúde Prisional.

Esperamos que essa iniciativa articulada entre diferentes áreas do Ministério da Saúde possa contribuir para o fortalecimento da integração entre essas ações que propiciarão o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Boa leitura!

DIRETRIZES DE INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No que se refere ao direito da população à saúde integral e no cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, muito tem sido realizado por parte de todos os serviços e profissionais que compõem o sistema de saúde brasileiro, contudo ainda são vários os desafios para garantir o que preconiza a Constituição Federal de 1988.

Neste contexto podemos contar com a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Vigilância em Saúde como diretrizes para a integração entre as ações no enfrentamento desses desafios por proporcionar a melhoria dos processos de trabalho com vistas à eficiência, efetividade e qualidade das ações propostas.

SUGESTÃO DE LEITURA

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

http ://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2017/ prc0002_03_10_2017.html

POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

http://conselho.saude.gov.br/web_cnvs/Reso588.pdf

TERRITÓRIO

No dia a dia, gestores e profissionais das áreas da AB e da VS se deparam com uma série de dificuldades e problemas de saúde no território, que poderiam ser enfrentados com ações conjuntas dessas áreas.

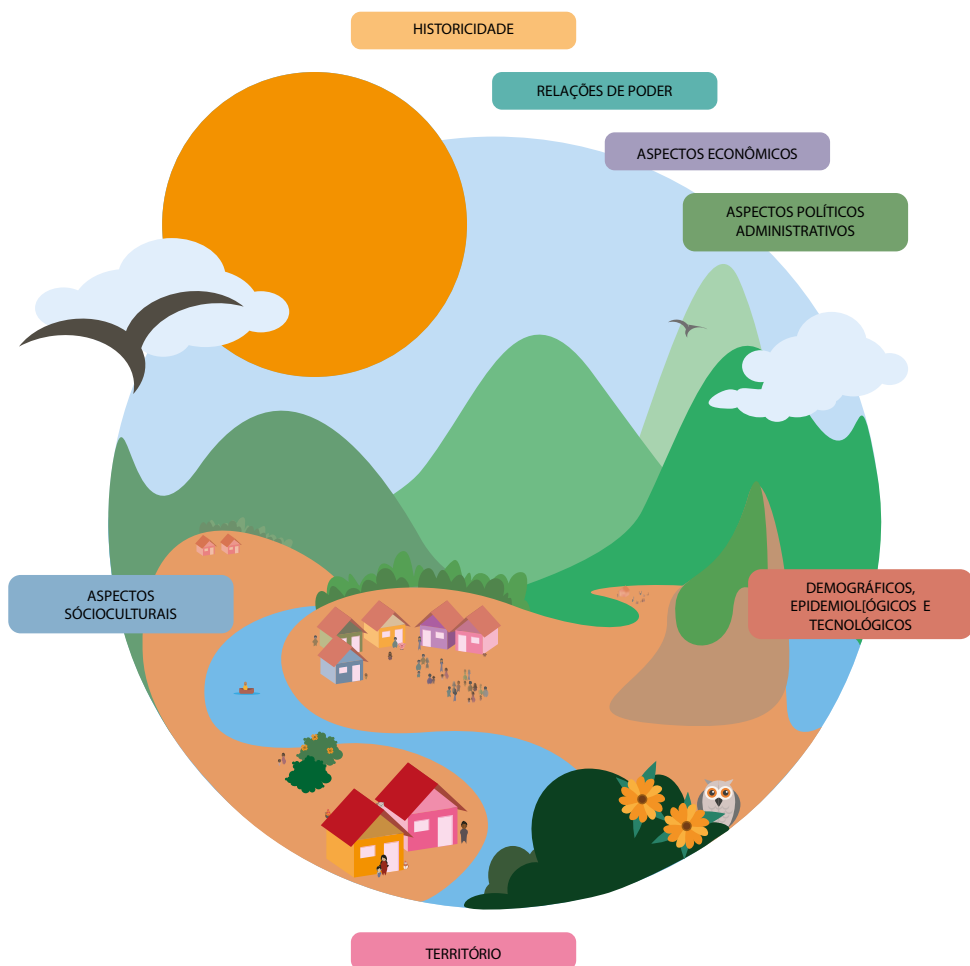
A territorialização e a definição do território como responsabilidade de cada equipe estão entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O processo de territorialização deve ser considerado um meio operacional para o desenvolvimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde do território.

É imprescindível que, além da definição do território de responsabilidade de cada equipe por parte da gestão (recomendação do parâmetro populacional de 1 equipe para 2000 a 3500 pessoas), as equipes conheçam o seu território de atuação e programem as ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade, e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia, como os fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc. Ademais, vale ressaltar a importância de refazer ou atualizar a territorialização sempre que necessário, considerando que o território é vivo e dinâmico.

MAS QUE TERRITÓRIO É ESSE QUE SE FALA?

Para Milton Santos (2003), a utilização dos conceitos de espaço e território permitiu disparar uma transformação no modelo de atenção, antes centrado na doença, para focar nos determinantes sociais e nas condições de saúde. A apropriação social do espaço pode produzir territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades. Os usos e as funções de cada recorte espacial podem conformar perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais.

Dessa forma, o território é aquele que vai além das questões geográficas, incluindo o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece. É o espaço vivo e dinâmico, onde as pessoas estudam, trabalham, estabelecem relações e redes sociais, mantêm estilos de vida, hábitos, crenças e sua cultura.

Figura 1 – Território como espaço histórico e em construção

Fonte: DAB/MS.

O mapeamento do espaço de vida induz a implementação de práticas planejadas de saúde, orientadas pelos problemas e necessidades da comunidade, contribuindo para a execução de ações que busquem a superação das complexas desigualdades existentes, relativas à cobertura, ao acesso, à resolubilidade e à qualidade na atenção à saúde.

Seguindo na mesma linha de pensamento, Monken & Barcellos (2015) trazem que o território deve ser considerado não só como um espaço geográfico, mas também social e político, e que este se encontra em permanente transformação, onde vivem grupos sociais definidos, em que se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença.

A territorialização tem, dentre suas premissas e pressupostos, a identificação com a comunidade a qual a equipe exerce seu papel de promotora de saúde. Tal estratégia norteia as ações de atenção, assistência e vigilância em saúde de acordo com as diversas realidades das comunidades das áreas de responsabilidades das equipes.

Nesse sentido, ao se pensar em estratégias integradas de ação de AB e VS, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento do seu território (determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, população de risco, situações de risco sanitário, contextos locais cobertos pela ESF/AB, territórios indígenas, áreas de fronteira, áreas dispersas, etc) e que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade, entendendo que as ações de VS devem estar incorporadas no cotidiano das equipes da atenção básica, auxiliando na percepção dos problemas de saúde e no

planejamento das estratégias de intervenção para a promoção e proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças e promoção da saúde.

Para que haja uma efetiva integração das ações, é importante que os profissionais da AB trabalhem com a lógica de risco, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear vulnerabilidades do território, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, bem como riscos à saúde decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

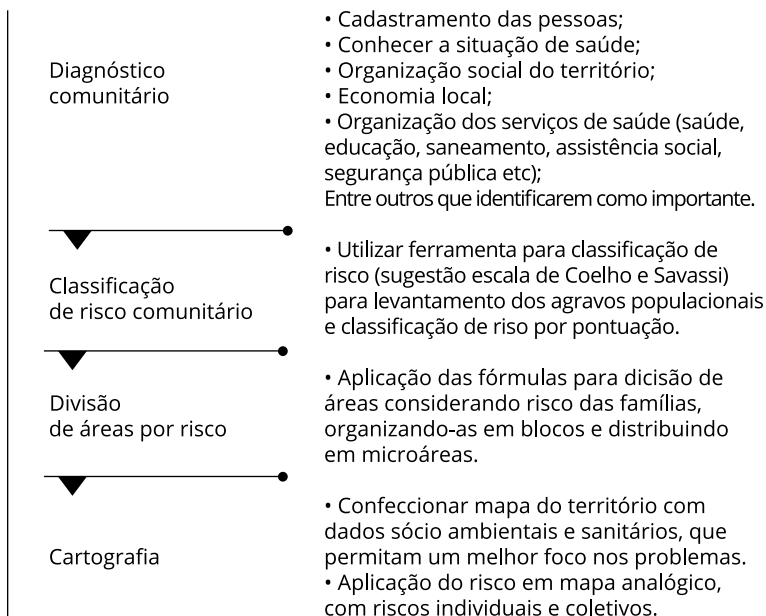
Um exemplo da importância de se conhecer o território para atuação nos principais problemas de saúde da comunidade é o caso região Amazônica que concentra mais de 99% dos casos de malária do Brasil e a atuação integrada da VS com a AB é fundamental para o controle da doença, proporcionando a assistência ao paciente no diagnóstico e tratamento oportuno, incluindo as gestantes que são consideradas um grupo de risco, no qual a infecção por malária pode causar alta morbidade e mortalidade materna, infantil e fetal; e a população de áreas indígenas e quilombolas, cujo processo de trabalho é diferenciado, devido às especificidades logísticas, territoriais e epidemiológicas.

SUGESTÃO DE LEITURA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002.

COMO POSSO ENTÃO CONHECER O MEU TERRITÓRIO?

Para a realização do processo de territorialização, sugere-se as seguintes ferramentas:

Figura 2 – Ferramentas para apoio ao processo de territorialização

Fonte: Adaptado de Coelho; Savassi (2004).

Vale salientar que cada gestor local e equipe podem e devem adaptar o esquema apresentado à sua realidade, bem como inserir outros dados e itens a essas ferramentas, se necessário.

O mapeamento de riscos e vulnerabilidades do território circunscrito a uma UBS deve basear a classificação e estratificação de risco, analisando os riscos individuais e coletivos de cada família que deve envolver a análise do perfil epidemiológico, a

identificação do perfil sociodemográfico da população e o perfil das atividades econômicas existentes no território, bem como os riscos advindos dessas atividades. Deve considerar, ainda, a sazonalidade de doenças, os ciclos produtivos, os ciclos de vida, a ocorrência de surtos, as epidemias ou eventual situação de emergência em saúde pública, e os vazios sanitários no que se refere à oferta de serviços e à capacidade instalada, mensurando-os e quantificando-os, no sentido de compor microáreas com distribuição de recursos humanos, financeiros ou de atenção necessários, atentando- se ao nível de vulnerabilidade.

No contexto da ESF, o mapeamento constitui-se como uma ferramenta utilizada para o diagnóstico e planejamento de atividade de campo, promovendo a reflexão frente às diversas situações de saúde e a elaboração de intervenções coerentes com a problemática do território, no intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde (RIBEIRO et al., 2017). Ainda, configura-se uma estratégia de apoio à qualificação e gestão da informação no âmbito da AB e VS, uma vez que possibilita, a partir de uma dimensão espacial, monitorar e avaliar indicadores e informações em saúde no âmbito do SUS (PINTO; ROCHA, 2016).

É responsabilidade de todos os profissionais da equipe participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, devendo utilizar a reunião de equipe como um momento oportuno para a discussão, análise e realização do diagnóstico do território, cartografia, estratificação de risco, entre outras ações já apresentadas anteriormente neste guia.

É importante ressaltar que acolher e resolver, ou reduzir os danos dos agravos de maior relevância no território, não apenas organizando o processo de trabalho por ações programáticas, é uma forma de garantir equidade no atendimento e ampliação do acesso da população aos serviços de atenção básica.

Dessa forma, é preciso ainda destacar a importância do acolhimento e orientações relacionadas ao cuidado das pessoas em situação de vulnerabilidade e seus contatos, tais como pessoas em situação de rua; pessoas em uso de álcool, tabaco e outras drogas; pessoas privadas de liberdade; pessoas vivendo com HIV; e os povos indígenas. Essas pessoas precisam de cuidados em saúde mais articulados, com estabelecimento de vínculo para possibilitar um cuidado humanizado, de forma que a pessoa seja compreendida sem julgamento e com respeito, no intuito de garantir o direito à atenção integral à saúde com equidade. É fundamental a utilização de estratégias para articulação e trabalho conjunto, dentro e fora da unidade de saúde, intra e intersetorial, dada a determinação social de alguns agravos e doenças, sendo importante a participação de diversos setores da saúde, assistência social, sociedade civil, habitação, saneamento, educação e trabalho (BRASIL, 2012).

A ausência de documentos de identificação (documentação civil) é outro aspecto que deve ser ponderado, visto que é muito comum entre as pessoas em situação de rua, não devendo ser uma barreira de acesso às ações e serviços de saúde. Para tanto, o Cartão Nacional de Saúde deve ser considerado como documento de identificação, assegurando acesso da população em situação de rua aos procedimentos disponíveis no SUS (BRASIL, 2017).

COMO POSSO IDENTIFICAR RISCOS E VULNERABILIDADES NO TERRITÓRIO?

O conhecimento do território pode ocorrer pela proximidade dos profissionais das equipes com o cotidiano das famílias, pois o vínculo formado entre os profissionais e população deve ser um facilitador desse processo. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que possui uma visão privilegiada deste cotidiano, uma vez que faz o exercício de olhar as situações "de dentro", como morador/trabalhador da mesma comunidade, e "de fora", como profissional de saúde, pode trazer as informações referentes à realidade e também às necessidades de saúde da comunidade onde atua, contribuindo para o diagnóstico e no planejamento das ações e em momentos de educação permanente.

Existem alguns instrumentos específicos que auxiliam na coleta e sistematização das informações por meio da estratificação, que significa agrupar, segundo uma ordem ou um critério.

A Escala de Coelho e Savassi é um instrumento que auxilia na avaliação do risco de vulnerabilidade familiar, principalmente social, e se baseia em sentinelas de risco que devem ser avaliadas pela equipe de saúde, em especial pelos ACS por estarem mais próximos às famílias e realizarem visitas domiciliares. É importante para identificar a visão dos membros da família e os aspectos que revelem dificuldades, conflitos e potencialidades que permitam a classificação da situação de risco. Para isso, são elencados alguns exemplos de situações consideradas de risco:

Figura 3 – Marcadores de Risco

Fonte: Adaptação da Escala de Coelho; Savassi (2004).

Com o elenco dos agravos e riscos a serem utilizados como marcadores pelo município, a equipe faz a coleta pela ficha de cadastro individual e coletiva (e-SUS AB) ou sistema próprio, e realiza o levantamento das doenças e agravos mais prevalentes, bem como a classificação de risco da família por pontuação, conforme classificação abaixo, com base em dados coletados pelos ACS ou por outros profissionais de saúde:

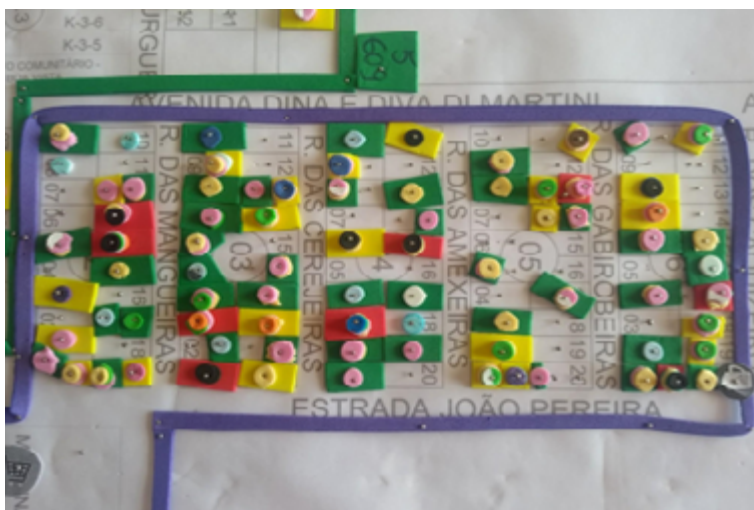
Tabela 1 – Classificação de risco familiar

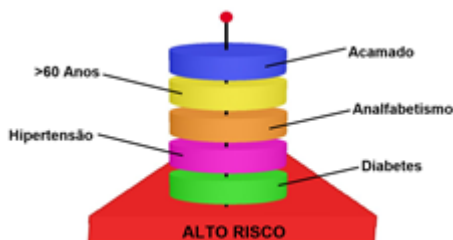
ESCORE TOTAL	RISCO FAMILIAR
5 ou 6	R 1 – Risco leve
7 ou 8	R 2 – Risco moderado
Acima de 9	R 3 – Risco grave

Fonte: Adaptação de Coelho; Savassi (2004).

Com a aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas.

Também pode ser utilizada pela equipe a “torre de risco” com o intuito de realizar o mapeamento da área de abrangência da UBS, no qual podem ser identificados os riscos individuais e o risco geral da família. Nesta ferramenta, cada disco de cor específica representa um agravo e o retângulo abaixo dos discos representa a soma dos riscos com a classificação geral da família. Esta classificação serve para distribuição dos ACS no território e planejamento das visitas e ações de cuidado a serem realizadas na área adscrita.

Figura 4 – Imagens que demonstram um mapa de território confeccionado por estratificação de risco

Continua

Conlusão

Fonte: Acervo da Secretaria Municipal de Saúde de Ubiratã/PR.

Utilizar a escala de classificação de risco familiar é uma forma de organização das ações no território com base nas características da população.

Além desse instrumento, existem outros em que a equipe pode utilizar como subsídio na organização do seu processo de trabalho para diagnóstico do território, classificando riscos, vulnerabilidades e prioridades. Exemplo disso é a estratificação em doenças crônicas, que significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes, conforme abordagem do Caderno de Atenção Básica sobre estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica.

SUGESTÃO DE LEITURA

Caderno de Atenção Básica nº 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf

Cabe lembrar, também, o papel fundamental das equipes na preparação de resposta adequada e oportuna para doenças e agravos que apresentam sazonalidade, importante para a prevenção e redução no número de casos. No Brasil, o padrão sazonal de Influenza, por exemplo, varia entre as regiões, sendo mais marcado naquelas com estações climáticas bem definidas, ocorrendo com maior frequência nos meses mais frios. Dessa forma, a aplicação de métodos epidemiológicos favorece o reconhecimento dos problemas comunitários, conforme descrito anteriormente, servindo de base para o planejamento local de saúde. O mesmo vale para a dengue, chikungunya e zika, com a intensificação das ações de controle vetorial preconizadas para acontecer antes do período de chuvas, quando se dá o aumento da população de Aedes aegypti no ambiente.

Nesse contexto, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, sendo recomendada a adoção de um território único para ambas equipes, em que o Agente de Combate às Endemias (ACE) trabalhe em conjunto com o ACS e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções e ações de saúde no território.

Na perspectiva de classificar o território por risco e vulnerabilidade, a microárea do ACS pode ser menor ou maior em termos populacionais, a depender do grau de risco das famílias presentes no território da equipe de saúde, sendo também flexível o número mínimo de ACS por equipe a depender da conformação do território e da decisão do gestor local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com

número máximo de 750 pessoas por ACS. Quando um ACS estiver ausente da equipe, seja por motivo de licença, afastamento ou por qualquer outro motivo, a equipe deve se responsabilizar pelo território "descoberto" para que as famílias com maior risco e vulnerabilidade sejam sempre assistidas.

Outro ponto importante que a PNAB traz como possibilidade, e não obrigatoriedade, é a vinculação do usuário que pode ser atendido fora de sua área de cobertura, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, desde que seja mantido o diálogo e a informação com a equipe de referência, de acordo com a necessidade e conformação do território, considerando a capacidade instalada da unidade e o limite de usuários estabelecido para cada equipe. Podemos citar como exemplos práticos em que pode ocorrer essa excepcionalidade o território com trabalhadores (moradores de outras áreas) que necessitam de consultas, ações de vacinação ou realização de alguns procedimentos na UBS mais próxima do trabalho; e o acompanhamento de usuários com agravo ou doença específica, como aquelas que ainda carregam consigo o estigma e o preconceito, onde estes podem se sentir melhor acolhidos em outra UBS que não a mais próxima da sua casa. Essas situações só podem ocorrer desde que pactuadas entre as equipes e que seja mantida a vinculação e a garantia da continuidade do acompanhamento pela equipe de referência. Para isso, deve-se organizar a troca de informações entre as equipes, preferencialmente através do uso de prontuário eletrônico, que sem dúvida facilita o registro e acompanhamento, e pactuar a quantidade de pessoas atendidas fora de área, organizar a agenda para esses atendimentos e considerar todos os aspectos necessários para oportunizar esses arranjos.

A PNAB reforça que a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada ao sistema de saúde e ser ofertada integral e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. Para isso, é importante adotar estratégias que permitam minimizar desigualdades/ iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Outras informações importantes sobre os riscos sanitários presentes no território, sobretudo aqueles decorrentes da produção e circulação de produtos e de serviços de interesse à saúde, também podem ser obtidas junto às equipes de vigilância sanitária das secretarias municipais de saúde, de modo a compor o mapa de risco dos territórios trabalhados pelas equipes da Atenção Básica.

SUGESTÃO DE LEITURA

A CARTOGRAFIA COMO INOVAÇÃO METODOLÓGICA NA PESQUISA EM SAÚDE (Martines, W. R. V.; Machado, A. L.; Colvero, L. A.).

VIVENCIANDO A TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. (Bulgarelli, P. T.; Bedin, D. M.; Bulgarelli, A. F.; Marchi, R. J.).

Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA: Portaria GM/MS nº 1.052/2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html>.

ANOTAÇÕES

ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES INTEGRADAS DE TRABALHO

Pressupondo que AB e VS devem se articular para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e realização de planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades das equipes da Atenção Básica e de Vigilância em Saúde devam ser integradas.

É importante considerar no arranjo das práticas de saúde na AB a centralidade na pessoa, na família e na comunidade, sendo que o enfrentamento à enfermidade deve fazer parte dessas práticas, mas não reduzi-las a isso. Essa concepção é fundamental para uma compreensão ampliada das necessidades de saúde da população, seja no âmbito coletivo ou das singularidades.

Isso posto, é importante entender as ações de vigilância em saúde como transversais a todas as ações da equipe de AB, que envolvem desde o olhar sobre o território até a organização de linhas de cuidado, passando pelo entendimento do processo saúde-doença que norteia as consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pelas equipes de AB. Portanto, a organização das ações integradas de trabalho é responsabilidade partilhada das equipes de AB e VS, da atenção e da gestão, sendo imprescindível priorizar esta pauta nos espaços de diálogo entre essas equipes no cotidiano de trabalho, buscando construir os caminhos para se chegar a essa integração em cada realidade.

Para qualificar a atenção à saúde voltada para a promoção, prevenção, controle de doenças e agravos no âmbito das UBS, é fundamental que os profissionais estejam minimamente familiarizados com os elementos referentes à ocorrência das doenças e agravos (tempo, lugar e pessoa) e que tenham capacidade de análise dos dados essenciais referentes aos determinantes e condicionantes da saúde, às estatísticas vitais. Nesse sentido, o processo de formação das equipes deve desenvolver o raciocínio epidemiológico para compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde prioritários da população no território, tomando como base o diagnóstico situacional para o planejamento e programação das ações de promoção, prevenção, controle e eliminação das doenças e agravos no seu território de atuação.

A equipe de AB tem um papel essencial na identificação de riscos à saúde atribuídos à população e, seja no acolhimento com escuta qualificada, em que é possível viabilizar o estabelecimento de vínculo e identificar necessidades de saúde das pessoas que buscam cuidados, ou na realização da visita domiciliar e durante os atendimentos nas unidades Básicas de Saúde (UBS), a equipe precisa estar preparada para contribuir para a identificação oportuna de doenças e agravos à saúde, para desenvolver ações em tempo hábil com eficácia e efetividade.

Atenção especial deve ser dada às doenças transmissíveis, pois a priorização desses atendimentos pode evitar a propagação de doenças na comunidade. É importante incluir a investigação dos contatos de pessoas que apresentem doenças transmissíveis, pois elas podem possuir maior risco de adoecimento, além de realizar busca de faltosos ao tratamento para evitar o abandono

e a resistência aos medicamentos preconizados. Estas medidas são fundamentais, por exemplo, no cuidado a doenças infecciosas crônicas, como a tuberculose e a hanseníase. Nos casos de doenças e agravos que possam ocasionar sequelas, complicações, incapacidades ou óbitos, é imprescindível o acompanhamento qualificado e integral ao longo de todo o tratamento, inclusive após a alta ou cura.

Por outro lado, cabe também destacar a importância de atuar frente às doenças crônicas não transmissíveis, por apresentarem grande magnitude e relevância na população, sendo responsáveis por 75% do total de óbitos ocorridos no Brasil (GLOBAL BURDEN OF DISEASE, 2015). Os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, doenças crônicas respiratórias, diabetes mellitus e as neoplasias) possuem fatores de risco comuns e modificáveis: tabagismo, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e atividade física insuficiente. Assim, para o controle das doenças crônicas não transmissíveis na população com consequente redução do risco de adoecimento e morte, é primordial que a comunidade esteja informada e tenha pleno acesso a estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento dessas doenças e de seus fatores de risco.

Além disso, as causas externas de morbimortalidade têm emergido como problema de saúde pública de grande magnitude, de modo que acidentes de trânsito, homicídios e suicídios respondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas no Brasil, que a partir de 1980 passaram a ocupar o segundo lugar entre as causas de mortalidade geral no país. Esse cenário se associa à prevalência de fatores de risco específicos

para cada tipo de causa externa, em grande parte com raízes sócio-culturais e político-ideológicas profundas, que precisam ser enfrentadas por ações intersetoriais e multidisciplinares.

Esse cenário de tripla carga de doenças torna ainda mais complexa a organização das ações de serviços de saúde na AB, que deve ser capaz de realizar cuidados imediatos e prolongados, atendendo não somente aos usuários que chegam de forma espontânea na UBS, mas também àqueles que estão no território e não buscam o serviço, embora necessitem, bem como aqueles que se enquadram ou já fazem parte de alguma ação programática.

SUGESTÃO DE LEITURA

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:* o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Os programas de atenção à saúde são iniciativas institucionais que definem ações, recursos, tecnologias e estratégias articuladas para o enfrentamento das necessidades de saúde de pessoas e comunidades, no âmbito individual e coletivo. Podem ser voltados a determinadas condições de saúde, ou determinados grupos populacionais, ao longo do tempo, e são estratégicos para a promoção da saúde e prevenção na Atenção Básica. Entretanto, muitas equipes de AB, na organização do seu processo de trabalho, praticam a restrição da agenda dos profissionais para cuidados de grupos programáticos, a exemplo de turnos de atendimento apenas de Hipertensos/

Diabéticos, Pré-natal, Puericultura etc. Essa prática dificulta o acesso de uma parcela da população adstrita à UBS, que não vê sua necessidade de saúde representada nas ofertas de cuidado disponíveis na UBS e, por isso, pode recorrer, sem necessidade, a outros pontos de atenção (como aos pronto atendimentos, por exemplo) para resolver causas preveníveis e evitáveis, sensíveis à AB, ocasionando sobrecarga na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A este respeito, orienta-se que as equipes da AB devem evitar a reserva de turnos inteiros por programas, buscando sempre proporcionar o acolhimento e/ou atendimento aos usuários de sua área adstrita, considerando a sua necessidade no momento que buscarem a UBS.

A agenda da equipe deve ser organizada de forma a estar sempre acessível à demanda espontânea, mas também aberta aos usuários com condições de saúde previstas nos programas (como hipertensão, diabetes, puericultura, pré-natal, tuberculose, etc) ou outras que precisam ser acompanhadas (como retornos de exames urgentes, casos de negligência e violência familiar). O pré-natal, por exemplo, é uma grande oportunidade para a realização de rastreamento de doenças e agravos relevantes para a Vigilância em Saúde, tais como a sífilis, a infecção pelo HIV, as hepatites virais e outras. O recente significativo aumento nos casos de sífilis congênita pode indicar problemas na qualidade da atenção ao pré-natal e a necessidade de se dar prioridade ao seu diagnóstico e tratamento oportunos durante a gestação.

Nesse sentido, deve ser garantida a estratificação de risco dos usuários com condições crônicas para definição das necessidades de cuidado contínuo, envolvendo o monitoramento frequente de todos e a intervenção conforme o grau de necessidade. Nem

todos os usuários com condições crônicas acompanhados em ações programáticas vão precisar de uma regularidade fixa de consultas médicas, por exemplo. No entanto, o atendimento médico, apesar de ser uma das ofertas da equipe de AB, não deve ser a única ou, inevitavelmente, a equipe enfrentará uma grande demanda reprimida, além de subutilizar a capacidade dos demais profissionais para o cuidado integral. Assim, é importante que o gestor local e a equipe definam quais são os casos que precisam ser vistos pelo médico e com que frequência, bem como quais usuários podem se beneficiar de outras ofertas da equipe, como o atendimento clínico com enfermeiro, odontólogo ou profissionais do NASF-AB; a orientação na própria escuta inicial ou encaminhamento a grupos e até a outro serviço, entre outras possibilidades.

Já a classificação de risco, que deve compor o acolhimento dos usuários, deve avaliar o potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS. De acordo com a classificação de risco, os casos de urgência/emergência cabíveis à AB devem ter prioridade no atendimento e o processo de trabalho das equipes deve estar organizado para isso (BRASIL, 2017).

Trabalhar com a lógica de risco e da vulnerabilidade inclui também a priorização de ações na comunidade a partir da análise do perfil epidemiológico e sociodemográfico da população, da avaliação de cobertura dos serviços de saneamento básico, dos

ciclos produtivos, ciclos de vida, ocorrência de surtos, epidemias ou situações de emergência em saúde pública e os vazios sanitários no que se refere à oferta de serviços e à capacidade instalada.

A fim de integrar as ações de AB e VS, o gestor local e as equipes podem discutir e desenhar diversos arranjos de organização da agenda, assim como desenvolver, junto à gestão, tecnologias e instrumentos para apoiar o cuidado e aprimorar as ofertas de forma singular à necessidade de cada usuário, permitindo o compartilhamento de informações entre os membros da equipe e garantindo comunicação entre os profissionais para realizar busca ativa quando necessário. Cabe ao gestor local juntamente com cada equipe avaliar e definir, diante da demanda e necessidade local, o arranjo e os instrumentos mais potentes para a sua realidade de atuação, considerando inclusive outros tipos de racionalidade em saúde para a oferta de ações diversificadas, com vistas à integralidade, a exemplo da aplicação de práticas integrativas e complementares em saúde.

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças se destacam dentre as que precisam estar integradas ao processo de trabalho das equipes. A Promoção da Saúde consiste num conjunto de estratégias desenvolvidas com o objetivo de promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, saneamento, acesso a bens e serviços essenciais. Envolve estratégias complexas, que buscam interferir na organização social, econômica e cultural, onde estão as raízes profundas das vulnerabilidades e riscos à saúde, e por isso exige que diversos setores da sociedade sejam partícipes

no cuidado com a vida, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade nos territórios (BRASIL, 2010).

Os profissionais que atuam na AB e os gestores do SUS precisam reconhecer os problemas e necessidades em saúde da população com a qual têm responsabilidade sanitária, assim como os possíveis aspectos promotores de saúde. Portanto, recomenda-se que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB. Contudo, sugere-se alguns temas de relevância geral na população brasileira que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2017).

Atuando numa frente integrada, o planejamento conjunto das ações no território pode somar esforços no que diz respeito à organização de temáticas mensais para as visitas domiciliares para ACS e ACE, no sentido de promover atividades educativas relativas aos problemas mais comuns da comunidade ou de divulgar aspectos relativos às ações desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde aos moradores. Por exemplo, destacar no mês de maio a importância da prevenção para acidentes de trânsito (Maio Amarelo); em janeiro as ações de detecção da hanseníase (em alusão ao dia mundial da Hanseníase); em fevereiro, ações de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis devido ao carnaval; em março, ações em comemoração ao Dia Mundial da

água, à importância do tratamento e armazenamento adequado para a prevenção de doença; dentre outros. Esse calendário nacional propõe temáticas importantes e deve ser organizado em cada localidade de forma permanente, buscando-se associar ao que o território enfrenta naquele momento. Por exemplo, no mês em que está previsto trabalhar o Maio Amarelo, o município pode estar vivenciando outro tipo de problema, como epidemias ou risco de epidemias das arboviroses transmitidas por Aedes, e por isso pode optar por enfocar naquele mês ações relacionadas às duas temáticas.

SUGESTÕES DE LEITURA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde.* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição.* 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Além de uma atuação pautada na promoção da saúde, a AB necessita voltar-se também à prevenção de agravos e doenças de relevância para o cenário epidemiológico brasileiro, contextualizado na realidade local, considerando seu grau de capilaridade e o consequente potencial para enfrentar de forma mais efetiva e eficaz as raízes desses problemas. Diferente da promoção da saúde, a prevenção de enfermidades tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo ou uma população (CZERESNIA, 2003).

São concebidos quatro níveis de prevenção de agravos e doenças: primária, secundária, terciária e quaternária. Todos esses níveis devem ser praticados no âmbito da AB, seja diretamente pela equipe de AB ou ESF, ou com o apoio das equipes de NASF-AB e Consultório na Rua, e até outros pontos de atenção da RAS, dado que pode envolver um conjunto de ações muito diversas e complexas. A prevenção pode se dar também por meio de ações de controle, que são intervenções estratégicas integradas dirigidas à população ou a subgrupos de risco nela existentes, visando prevenir, diagnosticar precocemente ou tratar um agravo à saúde, assim como limitar os danos por ele gerados. Os níveis biológicos de controle se referem à presença do agente causal no ambiente e na fonte de infecção (prevenção primária); à infecção, quer ela se manifeste clinicamente ou como infecção assintomática (prevenção secundária); ou à doença clínica, das seqüelas e mortalidade a ela associadas (prevenção terciária).

Um exemplo da integralidade do cuidado com atuação conjunta entre AB e VS pode acontecer nas situações de exposição aos

agrotóxicos, que pode ser ambiental, ocupacional, alimentar, entre outras, e ter como consequência a intoxicação exógena aguda ou crônica. Nesses casos, os profissionais da VS podem, por exemplo, realizar inspeções, investigar os casos notificados, contribuir para o estabelecimento do nexo causal ou relação com o trabalho. No entanto, os profissionais da AB têm mais contato com os usuários e mais condições para diagnosticar, notificar, tratar e acompanhar estes sujeitos, observando possíveis efeitos dessa exposição. Um indivíduo pode ser intoxicado e ter seu caso notificado em outro município, mas sua equipe de referência no âmbito da AB tem responsabilidade sanitária sobre o território onde ele vive e, portanto, deve manter o acompanhamento do caso. Vale ressaltar, que as equipes do NASF, as referências técnicas em saúde do trabalhador e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), bem como as equipes de VS em geral podem ofertar o apoio matricial em situações como estas.

Cabe evidenciar que todas as ações de vigilância devem refletir tanto em ações de atenção em nível individual, quanto em nível coletivo, subsidiando a atuação intersetorial no que diz respeito às intervenções nos determinantes sociais de saúde.

Nesse sentido, é importante destacar a necessidade dos profissionais da atenção básica terem acesso às orientações constantes no Guia de Vigilância em Saúde, que é uma publicação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), atualizada continuamente em sua versão "on line", que contempla, dentre outros aspectos, as características gerais das doenças, informações sobre o diagnóstico laboratorial (formas de coleta e transporte de amostras, fluxos e algoritmos para utilização dos testes diagnósticos), tratamento e seguimento da pessoa, além de

informações sobre como deve ser realizada a vigilância da doença (notificação, investigação e medidas de prevenção e controle).

SUGESTÕES DE LEITURA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. *Guia de Vigilância em Saúde.* 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. V. 1.

Sobre os níveis de prevenção de agravos e doenças:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento.* 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. V. 2. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29).

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Prevenção em saúde: *Revista Portuguesa de Saúde Pública,* v. 23, n. 1, jan./jun. 2005. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 19 jun. 18.

Sobre o acolhimento à demanda espontânea:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à Demanda Espontânea.* 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. V. 1. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à Demanda Espontânea.* 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. V. 2. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

Outro ponto importante a ser considerado na reorganização do processo de trabalho da AB para a integração com a VS é a resolubilidade (qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações), especialmente no controle de agravos e doenças. Parte significativa das equipes de AB do país tem sua capacidade resolutiva limitada por não poder contar em tempo oportuno com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. A distribuição de cotas mensais de exames e consultas especializadas por UBS, sem análise prévia de critérios epidemiológicos e clínicos, ou desconsiderando os protocolos existentes, ainda é hegemônica no Brasil. A situação é ainda pior em diversos municípios em que o próprio usuário com a solicitação de exame ou consulta especializada em mãos precisa peregrinar em busca do agendamento. O resultado disso são filas de espera de meses para consultas com especialidades ou realização de exames, o que prejudica significativamente o cuidado aos agravos e doenças na AB (TELESSAÚDERS-UFRGS, 2016).

Diante disso, é necessário aprimorar a articulação da AB com os demais pontos de atenção das Redes de Saúde, a exemplo da atenção especializada e hospitalar, e os sistemas de apoio e logísticos da RAS (TELESSAÚDERS-UFRGS, 2016). No caso específico do diagnóstico laboratorial, é preciso que a atenção básica seja informada em relação às atribuições dos laboratórios de saúde pública, que incluem os Laboratórios Municipais, Laboratórios Centrais (LACEN) e Laboratórios de Referência. O recomendado é que, aproximadamente, 10% dos exames de análises clínicas sejam encaminhados ao LACEN, devendo enviar os demais exames de análises clínicas ao laboratório municipal ou a um serviço laboratorial contratado pelo município. Uma prática muito

comum é coletar amostras de todos os pacientes que chegam às unidades de saúde e enviar todas elas ao LACEN, mesmo quando há disponível um outro laboratório de análises clínicas na Rede, fazendo com que haja uma sobrecarga dos serviços do LACEN, dificultando a realização de procedimentos que necessitam de maior densidade tecnológica.

Da mesma forma, é preciso que a Equipe da AB acompanhe a implementação de testes rápidos pelo SUS, de modo a facilitar o diagnóstico de doenças e agravos, e oportunizar o início do tratamento e a identificação da necessidade de busca de contatos, a depender da situação. Atualmente, existem vários testes rápidos incorporados no SUS e o investimento em desenvolvimento e pesquisa deste tipo de insumo tem sido cada vez maior. Isso pode levar a uma maior autonomia da equipe da AB e a uma maior oportunidade de tratamento, acompanhamento e encerramento de casos.

Além disso, é preciso melhor estruturar os processos regulatórios, com protocolos pactuados e a devida integração regional/estadual, bem como a melhoria do grau de informatização da rede com adoção de prontuários eletrônicos e eficientes sistemas de informação, que podem facilitar o acesso regulado, ágil e em tempo oportuno dos usuários que demandem a realização de consultas especializadas e exames, garantindo-se a contra referência para as equipes (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; MENDES, 2011).

A melhor organização da assistência farmacêutica no âmbito da AB e o uso racional de medicamentos também merecem ser apontados. O acesso a medicamentos essenciais, definição de local de dispensação/ entrega, atenção farmacêutica, aprimoramento do elenco de medicamentos e ações de farmacovigilância são aspectos que carecem de aprimoramento na AB (TELESSAÚDERS-UFRGS, 2016). É importante

compreender, ainda, a dinâmica do uso de medicamentos fora do ambiente da UBS. Os usuários na AB muitas vezes são protagonistas do seu próprio cuidado, principalmente os portadores de doenças crônicas acompanhadas pelos programas de saúde pública do SUS. Essas pessoas fazem utilização de medicamentos de forma contínua em seu domicílio e, com a perspectiva de evitar a automedicação e reduzir erros na autoadministração de medicamentos, é importante que a equipe multiprofissional esteja apta a orientar apropriadamente os usuários quanto às prescrições e formas de administração de medicamentos, considerando as singularidades de cada usuário. Casos específicos, em que se recomenda o Tratamento Diretamente Observado (TDO) ou doses supervisionadas pela equipe de saúde, como pessoas com tuberculose e hanseníase, é importante o acompanhamento contínuo de forma a não perder o seguimento, favorecendo a efetividade do tratamento, evitando o abandono e consequentemente, a possibilidade de recidivas (devido ao tratamento insuficiente) ou resistência ao esquema terapêutico.

No que tange à coordenação do cuidado e à ordenação da Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Básica se configura como o centro de comunicação, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade, e ser a porta de entrada prioritária. Nessa perspectiva, é também possível e desejável integrar as ações de VS, observando-se sua transversalidade na elaboração das linhas de cuidado e construção de fluxos assistenciais, assim como na definição dos pontos de atenção prioritários para a execução de ações de VS, que podem se constituir, caso necessário, em unidades sentinelas para o monitoramento de alguns agravos relevantes.

SUGESTÃO DE LEITURA

ANEXO DA PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 - Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um exemplo disso são os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que mantém interface direta com a VS e devem se conformar também em unidades de monitoramento e matriciamento para os contextos de saúde do trabalhador e de avaliação das tendências evolutivas do HIV, das IST e das hepatites virais em grupos populacionais específicos. É necessário desenvolver em cada território mecanismos que aproximem as equipes de AB e esses outros pontos de atenção, para construir interfaces no enfrentamento dos agravos e doenças relacionados ao escopo em questão.

Além desses aspectos, a equipe de saúde deve estar atenta aos riscos ambientais e relacionados à saúde do trabalhador que possam vir a ocorrer em seu território, como a situação de abastecimento e da qualidade da água para consumo humano, que requer orientações sobre as formas corretas de armazenamento e desinfecção da água, a identificação de casos de intoxicação por agrotóxicos, entre outros aspectos. Cabe a toda equipe de AB ficar atenta aos riscos presentes nos ambientes e processos de trabalho existentes no território, especialmente, quando for intra e peridomiciliar, seja um trabalho formal ou informal. Nesse contexto, tem-se os ACS e ACE como importantes atores na identificação e prevenção de doenças e agravos, desde que devidamente capacitados para tanto, e com o suporte da equipe para o devido encaminhamento e atendimento das pessoas.

Outra questão importante é a ampliação do olhar das equipes de saúde em relação às matérias relacionadas à vigilância sanitária. É necessário que as equipes sejam capacitadas para orientar os usuários, por exemplo, quanto aos aspectos gerais de procedência, higienização, manipulação e conservação dos alimentos; sobre a importância de verificação da validade dos alimentos, medicamentos e saneantes; e ainda orientações gerais sobre a utilização de produtos e serviços de qualidade.

Os ACS e ACE são membros da equipe que possuem vínculo estratégico com as famílias e território, facilitando as ações e fortalecendo a informação e mobilização da população. Dessa forma, a integração das ações desses profissionais agrega esforços para o controle de doenças e agravos à saúde, seja na suspeita, na identificação dos casos, na identificação de ações no ambiente e na disseminação de informações, podendo ainda auxiliar na articulação e adoção de estratégias intersetoriais tanto para eliminação ou redução dos riscos e danos, como para promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros. Pode-se destacar a importante participação dos agentes nas ações de controle de vetores, ao disseminar informações de saúde, ao conhecer e orientar as pessoas quanto ao funcionamento e utilização dos serviços de saúde disponíveis no seu território, ao estimular a participação da comunidade com a adoção de medidas cotidianas que reduzem a receptividade para a infestação de diferentes vetores de doenças e, de forma mais abrangente, em canais e espaços de participação e controle social (como sistemas de ouvidoria e conselhos de saúde, por exemplo).

Assim, os ACS e ACE devem participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe de atenção básica, bem como desenvolver ações educativas e atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, e acompanhar outros profissionais da equipe em casos suspeitos para investigação epidemiológica; devem também compor, nos locais em que houver cobertura de ESF ou equipes de AB, uma equipe integrada, atuando em território único. Na prática, pode ocorrer de um único ACE ter a responsabilidade de realizar ações em uma localidade que envolva o território de mais de uma ESF, por exemplo. Neste caso, as ESF ou eAB deverão reconhecer e proporcionar a participação deste ACE como um dos profissionais que auxiliará no enfrentamento dos principais problemas do território, no que for de sua competência. Além disso, ele deve participar da execução e planejamento das ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos, devendo participar das reuniões de equipe, podendo compô-la formalmente ou não, de acordo com a decisão do gestor local.

A coordenação dos Agentes deve ser realizada de forma compartilhada, devendo os ACS serem coordenados pela AB e os ACE pela VS. No entanto, destaca-se a importância da integração entre essas coordenações para o pleno desenvolvimento das ações integradas no território. Além disso, não há mudança em relação ao que já está estabelecido sobre o repasse financeiro e cálculo de teto para ACE.

Nos locais em que não houver eAB ou ESF, os ACE devem estar vinculados à equipe de vigilância em saúde e os ACS à equipe de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Nas localidades onde existem apenas ACE, este profissional pode auxiliar na identificação

de casos suspeitos dos agravos e doenças de agravos à saúde e reportar à vigilância em saúde para que esta articule as ações necessárias junto à equipe de AB da secretaria de saúde. Além disso, o ACE poderá divulgar informações para a comunidade sobre sinais e sintomas de agravos e doenças, riscos e agentes transmissores de doenças, além de medidas de prevenção individual e coletiva.

É importante reforçar que integrar, no que diz respeito aos ACS e ACE, não é realizar o trabalho de competência do outro, mas auxiliar, no seu âmbito de competência, as atividades do outro. Nesse sentido, destaca-se a importância da comunicação entre o ACS e ACE a ser estimulada e planejada pela equipe e pela gestão local, pois aspectos importantes detectados no território por um dos profissionais pode não ser de conhecimento do outro.

No entanto, a integração entre os ACS e ACE, apesar de importante e necessária, não é suficiente para garantir que haja a completa integração entre VS e AB. Essa integração deve se dar de forma mais abrangente, incluindo todos os profissionais dessas duas áreas do saber-fazer na saúde pública.

FERRAMENTAS DE TRABALHO

Diversas tecnologias e ferramentas de trabalho podem ser adotadas pelas equipes para viabilizar ações promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, a depender do diagnóstico de risco e vulnerabilidade do território de atuação. Algumas encontram-se descritas abaixo, não para limitar a atuação das equipes ao seu uso, mas para chamar atenção sobre ferramentas já disponíveis e consolidadas no cuidado na AB, que são muito potentes no fortalecimento da integração prática entre AB e VS.

Uma ferramenta que faz parte da rotina da AB e é propícia para a prática integrada da vigilância nesse contexto é o atendimento individual, que pode ser realizado de forma isolada por um profissional da equipe da AB ou de forma compartilhada, em interconsulta, geralmente entre profissionais da AB (equipe mínima, NASF, CnR, etc), ou de outros pontos de atenção da RAS para aqueles casos que necessitem de suporte na abordagem terapêutica. Na consulta individual, é possível explorar os motivos de procura do usuário (sofrimento ou enfermidade) ao serviço de saúde segundo as diretrizes clínicas estabelecidas e, mesmo que não sejam doenças objetivamente evidenciadas por diagnósticos ou exames prévios, estabelecer nexos causais sobre essas situações que podem ter relações epidemiológicas, sanitárias, ambientais ou com o mundo do trabalho. Na interconsulta, ampliam-se os olhares sobre os problemas dos usuários e com isso a possibilidade de identificar esses nexos, ampliando também as possibilidades terapêuticas.

Já a discussão de casos e ações de matriciamento podem se dar entre profissionais da AB (equipe mínima, NASF, CnR, etc), entre os membros das equipes de AB e VS, ou entre profissionais de diferentes pontos de atenção da RAS. Têm a mesma utilidade da consulta compartilhada, somando-se o diferencial de ocorrer sem a presença do usuário, em momento de reunião, potente para desencadear procedimentos mais abrangentes, do caso disparador para outros com necessidades semelhantes. Entre os critérios para escolha dos "casos" a serem discutidos estão: a complexidade do risco e vulnerabilidade envolvidos na situação; e necessidade de serem analisados sob a ótica de diferentes saberes profissionais.

É possível associar o atendimento compartilhado ou a discussão de caso à uma etapa seguinte de construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), que se destina a orientar a condução do caso a partir dos diagnósticos realizados pelos profissionais e inclui a definição de procedimentos, metas, a divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe. Ele deve ser compartilhado pela equipe de referência dos usuários e a equipe de apoio matricial, e deve ser reavaliado periodicamente. A discussão de caso para elaboração do PTS é distinta da discussão de um caso clínico. Nesta, os profissionais se reúnem em torno de um técnico que detém um saber especializado sobre o problema. Já na construção do PTS, as propostas são construídas e executadas de forma conjunta com a participação de todos os atores envolvidos no processo, o que amplia a capacidade resolutiva da equipe e do serviço, preservando o vínculo usuário-equipe. Para a implementação do PTS deve ser elaborada uma agenda compartilhada, com divisão de responsabilidades, sendo que um profissional da

equipe de referência fica responsável pela condução do caso e acompanhamento das ações, mantendo contato direto com o usuário e sua família. Além disso, este profissional é responsável por acionar a equipe de matriciamento em caso de necessidade e acompanha o percurso do usuário por outros pontos da rede, quando necessário (OLIVEIRA, 2008).

Outros instrumentos que podem ser incorporados ao cuidado buscando aprofundar o registro de famílias que apresentem maior risco ou vulnerabilidade em um território, pois facilitam o estabelecimento dos nexos causais nesses casos, são o genograma e o ecomapa. O genograma mostra graficamente informações sobre a doença da pessoa identificada, as doenças e transtornos familiares, a rede de apoio psicossocial, os antecedentes genéticos, as causa de morte de pessoas da família, além dos aspectos psicossociais apresentados que junto com as informações colhidas na anamnese, favorecendo a identificação de estrutura e padrão de repetição das relações familiares, mostrando repetições de padrões de doenças, relacionamento e os conflitos resultantes do adoecer, permitindo identificar de maneira mais rápida a dinâmica familiar e suas possíveis implicações, além de favorecer a criação de vínculo entre profissional e a família/ indivíduo. Já o ecomapa consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, das relações entre a família e a comunidade, que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família, podendo revelar a presença de recursos, sendo o retrato de um determinado momento da vida dos membros da família, portanto, dinâmico.

Havendo um plano conjunto de cuidado construído de forma multidisciplinar entre os componentes da equipe, é possível também considerar a utilização da gestão de caso, como o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa (estrato 5) e sua família. O objetivo da gestão de caso é diminuir a fragmentação do cuidado, defender as necessidades e expectativas de pessoas em situação complexa, aumentar a qualidade do cuidado, facilitar a comunicação com os prestadores de serviços e coordenar o cuidado em toda a rede de Atenção à Saúde. O profissional responsável deve estar a par de todas as recomendações e cuidados para aquele usuário, buscando reunir e coordenar a equipe para análise da situação, elaboração do plano de cuidado, utilização de recursos disponíveis, acompanhamento e avaliação, periodicidade da discussão do caso, além de fornecer subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico e o acompanhamento (BRASIL, 2014).

A vigilância do óbito é um tipo específico de discussão de caso proposta a partir de uma morte supostamente evitável. Pretende investigar os fatores que determinaram a ocorrência daquela morte, propondo medidas de prevenção e controle desses fatores, e prevenindo outros óbitos de mesma etiologia. Assim, as investigações realizadas para os óbitos fetais, infantis, mulheres em idade fértil, materno e mal definidos, por exemplo, contribuem para o aprimoramento da atenção à saúde. Além disso, essa ferramenta é importante na melhoria da informação em saúde e qualificação do Sistema de Informação de Mortalidade-SIM.

SUGESTÕES DE LEITURA

PORTARIA Nº 72, DE 11 DE JANEIRO DE 2010 - Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA Nº 1.119, DE 5 DE JUNHO DE 2008 - Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

Outra ferramenta utilizada no cotidiano da AB, especialmente quando se fala na promoção da saúde e prevenção de doenças, é a realização das atividades de grupos para educação em saúde. Deve-se considerar, entretanto, que o grupo não é o único espaço estratégico para essas práticas. O trabalho com grupos têm potencialidades e finalidades específicas, mas as práticas de prevenção e promoção são transversais e devem perpassar também pelo âmbito da clínica no momento da consulta individual, como em ações intersetoriais, ou ações de controle, entre outras.

Nesse sentido, os grupos podem ser constituídos quando existe a necessidade de aprimorar a comunicação entre usuários e trabalhadores, possibilitando a troca de saberes e formação de redes comunitárias a partir do diálogo entre pessoas com condições comuns, além de contribuir para a continuidade e a longitudinalidade do cuidado.

É possível trabalhar os mesmos temas em grupos abertos ou fechados, a depender dos objetivos no acompanhamento dos casos e de acordo com o risco, com a importância da formação de vínculo entre as pessoas e dos resultados almejados. É preciso que a equipe planeje o grupo considerando esses aspectos. Já

a consulta coletiva é um tipo de grupo voltado a pessoas com condições a crônicas, na qual se realiza uma abordagem clínica. No caso da abordagem de usuários com Hipertensão e Diabetes, por exemplo, pode incluir como ações desde anamnese, medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e de glicemia capilar até avaliação de resultado de exames, entre outras abordagens. Trata-se de um grupo fechado, com público-alvo e número de encontros definidos antes do início do trabalho.

SUGESTÃO DE LEITURA

Sobre o trabalho com grupos:
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Outras ferramentas bastante potentes para a VS na AB são a busca ativa e a notificação de doenças e agravos, considerando que essas ocorrências podem fornecer elementos para o planejamento de intervenções de prevenção, proteção e recuperação em saúde nos terrenos, imóveis, domicílios, famílias e comunidades presentes no território.

A notificação ocorre nos casos confirmados ou suspeitos de determinadas doenças ou agravos, ou seja, o objetivo é intervir de forma oportuna para evitar a disseminação, a gravidade ou até mesmo o óbito. Ainda, deve ser dada atenção especial às doenças e agravos de notificação imediata, cuja notificação deve ser realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível (e-mail, telefone ou outro). Destaca-se que para algumas doenças

e agravos de notificação, pode ser necessária a adoção de medidas imediatas de controle, seja na suspeita ou na detecção de um único caso, e essas medidas podem ser decisivas para impedir a disseminação da doença e o aparecimento de outros casos, como por exemplo, ações de bloqueio vacinal para doenças imunopreveníveis.

A notificação dos casos de violência, por exemplo, especialmente a violência sexual e a tentativa de suicídio, é obrigatória e deve ocorrer também de forma imediata (até 24 horas). Com isso, espera-se o encaminhamento oportuno das vítimas à rede de atenção à saúde e de proteção, assegurando alguns procedimentos imediatos fundamentais, como contracepção de emergência, testagens e profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis e HIV no caso da violência sexual, e nos casos de gravidez decorrentes de estupro, o encaminhamento para o serviço especializado para acesso e aconselhamento ao aborto legal. Em outros casos, a notificação não precisa ser imediata, mas ela deve ser oportuna e encarada sempre como um alerta de potencial ameaça à saúde pública, que deve portanto ter prioridade na tomada de decisão e planejamento da equipe.

Nesse sentido, é importante ressaltar a necessidade da equipe analisar de forma continuada os modos de vida e os perfis de morbimortalidade da população do seu território, atentando principalmente para as condições sensíveis à AB, de forma a planejar conjuntamente as intervenções considerando as especificidades locais.

Cabe destacar que, na ocorrência de alguns óbitos, como o óbito materno e infantil, além da notificação, demanda-se que

sejam disparados processos de investigação de causas pela equipe de saúde, com objetivos de aprimoramento da assistência de modo a evitar novos casos. Assim, é fundamental que toda a equipe de AB esteja ciente da importância da investigação epidemiológica e capacitada para a realização dessas ações, sempre que possível em articulação com a equipe de VS.

SUGESTÃO DE LEITURA

PORTARIA Nº 204 DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências; inserida na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

A visita domiciliar e o atendimento domiciliar também são ferramentas essenciais no trabalho da AB e na integração da VS e devem ser realizados em periodicidade e conformidade às necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior atenção. Os profissionais devem considerar cada visita ou atendimento domiciliar como uma oportunidade para detectar riscos e casos suspeitos de doenças e agravos, identificar e registrar situações e fatores ambientais que tenham importância epidemiológica, orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva, orientar quanto ao funcionamento, utilização dos serviços de saúde disponíveis no território e encaminhamento para a unidade de saúde de referência.

Um exemplo que materializa a visita como essa oportunidade estratégica para uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública diz respeito às ações de imunização. Para que sejam efetivas, é necessário repensar e ampliar as estratégias adotadas para viabilizar o acesso da população à vacinação, de acordo com cada realidade local. Nesse sentido, é preciso que os profissionais, seja durante as visitas domiciliares ou no momento do acolhimento nas unidades de saúde, questionem sobre a situação vacinal da população, ou realizem a verificação da caderneta para encaminhar os usuários a iniciar ou atualizar o esquema vacinal, conforme o Calendário Nacional de Vacinação estabelecido. Além disso, os profissionais da AB precisam estar atentos à sua população de responsabilidade e, de forma ativa, buscar os usuários que se constituem como público-alvo para vacinação e ainda não buscaram o serviço com essa finalidade. A perda desse tipo de oportunidade pode abrir brechas importantes na cobertura vacinal em um território, com risco de reemergência até mesmo de doenças eliminadas do território nacional, como no caso mais recente da epidemia de sarampo no país.

Outro tipo de ação oportuna durante uma visita domiciliar é a detecção de um provável surto, quando, por exemplo, um ACS percebe que dois irmãos com quadro agudo de diarreia faltaram à escola. Durante conversa, se a mãe relata que outras crianças que também estudam na mesma escola estão apresentando sintomas semelhantes, relacionando à ingesta da merenda do dia anterior, ou pelo consumo de água não tratada, isso pode servir de alerta para acionar a vigilância epidemiológica para investigação do surto e a vigilância sanitária para identificar possível contaminação na merenda escolar ou proceder à

análise da qualidade da água, que pode ser realizada também pela equipe da vigilância ambiental, a depender da organização local.

Na mesma linha, de que as ações educativas em vigilância sanitária constituem elementos importantes para a promoção da saúde, as equipes da AB podem olhar, por exemplo, no momento das visitas domiciliares, onde os medicamentos são guardados na casa, se estão em local apropriado, ao abrigo da luz e fora do alcance das crianças, da mesma forma que os produtos saneantes, como água sanitária. Pode-se verificar, ainda, se os medicamentos tomados pelas famílias estão sendo utilizados nas doses certa e nos horários prescritos, período de validade, seguindo o que é preconizado para o uso racional de medicamentos, além de orientações sobre os riscos da automedicação.

Além da visita e do atendimento domiciliar, podem ser realizadas intervenções comunitárias, fora dos limites da Unidade Básica de Saúde, no sentido de fortalecer as ações prioritárias no território. No caso das ações de imunização, por exemplo, é possível: divulgar campanhas de vacinação ao maior número de pessoas, fazendo circular as informações relevantes de forma criativa e nos lugares mais frequentados da comunidade, como igrejas, escolas, associação de moradores entre outros; identificar dúvidas, crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a adesão e reflexão sobre os benefícios da vacinação; mobilizar e estimular os ACS e ACE quanto à vigilância dos eventos adversos pós-vacinação; orientar a gestante e a puérpera quanto à importância da vacinação nesta etapa de vida para mãe e filho; e identificar pessoas suspeita de doenças imunopreveníveis e comunicar a equipe da unidade de saúde para a notificação e investigação do agravo no seu território.

Outro exemplo de intervenção comunitária pode se dar em relação às causas externas, como os acidentes de trânsito, no que tange à identificação de grupos mais vulneráveis a esses acidentes no município, como jovens e crianças, para planejamento e execução de ações intersetoriais, com participação da comunidade, visto que as intervenções devem se dar nos múltiplos fatores relacionados ao ambiente e às condições de vida locais, considerando uso de equipamentos de proteção (cinto, cadeirinha, bebê conforto, capacete), associação de álcool e direção, velocidade excessiva, entre outros.

SUGESTÃO DE LEITURA

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. *Guia Vida no Trânsito*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

No que se refere à participação comunitária e controle social, portanto, as equipes devem se implicar desde a promoção da mobilização e da participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde, até a identificação de parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais.

Ainda, no processo de trabalho dos profissionais da AB, é possível acionar ferramentas de apoio matricial e suporte à distância, por meio de telefone ou computador, que têm indicação em situações mais simples e discutidas previamente, muitas delas já disponíveis em diretrizes e protocolos terapêuticos, mas que no ato do cuidado geram dúvidas. Atualmente, boa parte dos profissionais da AB já têm acesso a algumas formas de atendimento a distância mais

estruturadas, como o Telessaúde, que permite receber a opinião de especialistas de modo imediato, mediada por recursos como telefone, e-mail ou fóruns de discussão, que favorecem a melhoria e resolubilidade das ações de cuidado, bem como os processos de educação permanente.

As ofertas de educação permanente para as equipes da atenção básica e da vigilância em saúde, para produzir mudança da prática profissional, precisam permitir reflexão sobre os temas e estratégias para o bom funcionamento das equipes, além de ações de educação continuada e processos de atualização e treinamentos para manejo de condições específicas. Para que a entre essas práticas ocorra, é preciso conhecer o trabalho do outro, se interessar/corresponsabilizar por ele, sendo necessário incluir nos processos de formação temáticas abrangentes, que permitam o conhecimento do que é atribuição do outro, além de conteúdos essenciais relacionados aos problemas de saúde mais comuns da comunidade/território. Colaborando com isso, para atender às necessidades de qualificação e educação permanente dos profissionais do SUS, o Ministério da Saúde através da Universidade Aberta do SUS (UNA - SUS) oferta cursos gratuitos e de modalidade à distância, em várias áreas da AB e VS, disponíveis em: https://unasus.gov.br.

Na perspectiva da integralidade e da garantia da atenção à saúde da população, os processos de formação para as equipes da Atenção Básica deve considerar ainda a inserção, na PNAB, das ações de vigilância em saúde que são pertinentes e viáveis como atribuição comum a todos os membros da equipe, devendo-se assim buscar a incorporação das práticas de vigilância, da clínica ampliada e do matriciamento ao processo de trabalho cotidiano.

Com isso, é imprescindível que as equipes da AB realizem análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; detecção oportuna de doenças e agravos e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública; vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos; notificação compulsória e condução da investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Por fim, vale salientar que, para a efetiva integração entre AB e VS, é importante garantir desde o planejamento conjunto até as ações efetivas, aspectos relacionados à infraestrutura adequada ao trabalho na AB (ambiente, equipamentos e insumos), além de qualificação e motivação dos profissionais de saúde para exercer a atitude de vigilância rotineiramente, fazendo cumprir o objetivo de cuidar da população sob sua responsabilidade da melhor maneira possível.

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO

O Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e o Sistema e-SUS AB fazem parte da estratégia e-SUS AB. O Sistema e-SUS AB é composto por programas e aplicativo para a coleta de dados na AB, a saber:

- Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) na qual os profissionais da AB coletam os dados por meio das fichas de atendimento individual; atividade coletiva; procedimentos; vacinação; marcadores de consumo alimentar; cadastro individual; cadastro domiciliar e territorial; visita domiciliar e territorial; e ficha complementar. Posteriormente a coleta, os dados devem ser digitados no sistema.

- Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) na qual os profissionais da AB digitam os dados administrativos e clínicos da AB (como exemplo: registro de vacina, exames, controle nutricional, consultas, etc) diretamente no sistema, de forma individualizada por usuário. Os ACS e ACE também possuem acesso ao sistema para o registro dos dados coletados no território.

- Aplicativo e-SUS AB território está contido em um dispositivo móvel para o registro das ações realizadas pelos ACS e ACE no território, sendo este integrado ao sistema e-SUS AB. O cadastro e a atualização do território é uma atividade contínua do trabalho do ACS e ACE dando início desde o primeiro contato com a família e o território, sendo esta rotina estabelecida

previamente na organização do processo de trabalho da equipe de AB.

Os Agentes de Combate às Endemias vinculados às ESF ou EAB, além de utilizar os formulários e sistemas da vigilância, podem registrar informações nas Fichas de Cadastro Domiciliar e Territorial, e na Ficha de Visita Domiciliar do eSUS-AB. A microárea usada para registrar a produção nessas fichas é a microárea onde se encontra a casa da família visitada, definida pela territorialização realizada juntamente com a equipe de atenção básica.

Vale ressaltar a importância do registro das informações, de forma correta e regular, para que tanto o gestor quanto a equipe tenham atualizadas as informações do território. Estes dados servirão para a construção do mapeamento do território, subsidiarão a programação das ações da equipe e da gestão, monitoramento das ações de vigilância nutricional e alimentar, entre outros, melhorando a qualidade do cuidado. Da mesma forma, a produção e divulgação das informações geradas pela vigilância subsidiam análises e avaliações da efetividade das intervenções, além de permitir o planejamento de novas ações e recomendações a serem implementadas no território em conjunto com a AB.

O fortalecimento do diálogo entre gestão e equipes da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde possibilita eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados no território e definir em conjunto as ações mais adequadas a partir da realidade local. O planejamento, monitoramento e análise conjunta das ações de Atenção Básica e da Vigilância em Saúde com base nas necessidades do território proporciona mudanças positivas no cuidado e no processo saúde e doença da população.

Os dados gerados pelos sistemas de informação da AB e da VS devem ser utilizados para análise, acompanhamento e utilização no planejamento estratégico local. Alguns indicadores podem ser trabalhados de acordo com as necessidades encontradas no diagnóstico do território, tais como:

- Notificações de agravos e doenças de notificação compulsória/equipamento de saúde/ano, que geram coeficientes de incidência, prevalência, detecção e outros;
- Coberturas vacinais, comparativamente com o restante do município e com as metas regionais e outros indicadores relacionados aos imunobiológicos, sejam técnicos-científicos ou de armazenamento, manutenção e transporte;
- Cobertura das ações de controle vetorial;

Dessa forma, trabalhar com definição de metas e análise de indicadores auxilia de forma determinante no processo de organização e aprimoramento da qualidade do cuidado que se oferta na Atenção Básica e nas ações de vigilância em saúde. Para tanto, as equipes devem periodicamente analisar indicadores de produção (número de consultas agendadas, consultas de demanda espontânea, consultas de pré-natal, visitas e

atendimentos domiciliares, etc.) e comparar com estimativas de planilhas de parâmetros de programação de atendimento. Podendo identificar possíveis falhas na busca ativa de usuários ou no acompanhamento de pacientes com condições crônicas. A gestão deve acompanhar este processo fornecendo apoio para solucionar possíveis dificuldades da equipe.

Quanto ao monitoramento e avaliação, o Ministério da Saúde possui dois programas de avaliação da qualidade das ações, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) para as equipes de atenção básica, e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), no qual o alcance da maioria das metas definidas depende da atuação da atenção básica e da vigilância em saúde de forma conjunta.

SUGESTÕES DE LEITURA

Manual e-SUS AB Território

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_esus_ab_territorio_PRELIMINAR.pdf

Manual CDS

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_1_PRELIMINAR.pdf

Manual PEC http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_2_2/index.php

PMAQ AB

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

PQAVS http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-pqa-vs/sobre-o-programa

REFERÊNCIAS

ALMEIDA P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

BARCELLOS, C. Constituição de um sistema de indicadores socioambientais. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 313-329.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_ espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2018

______. Ministério da Saúde. **Anexo XXII da Portaria de Consolidação n° 2 de 28 de Setembro de 2017**. Disponível em: <http ://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 11 set. 2018.

______. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde, Condições de Vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-75.

COELHO, F. L. G.; LEONARDO, C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26 , 2004.

FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-159.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

______. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, G. N. Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.).**Manual de Práticas em Atenção Básica**: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 282-411.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1433-1448, 2016.

RIBEIRO, M. A. et al. Oficina Mapa Vivo na atenção básica: estratégia de planejamento local ao combate ao Aedes aegypti. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 338-346, jun. 2017. n. especial.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Desafios da Atenção primária à Saúde no Brasil**: Módulo do Curso Qualifica APS. Porto Alegre: TelessaúdeRS/ UFRGS, 2016.

EQUIPE TÉCNICA

Elaboração de texto:
Ana Cláudia Cardozo Chaves
Fatima Sonally Sousa Gondim
Graziela Tavares
Mariana Nogueira de Resende Sousa
Priscilla Azevedo Sousa
Wanessa Tenório Gonçalves Holanda De Oliveira

Revisão técnica:
Adriana Karla Nunes Barbuio Marinho de Oliveira
Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas
Aline Ale Beraldo
Amanda Costa Pinheiro
André Peres Barbosa de Castro
Andreia Passamani Barbosa Corteletti
Cristiane Martins Pantaleão
Élem Cristina Cruz Sampaio
Elton da Silva Chaves
Fernanda V. Conde de Castro Frade
Hisham Mohamad Hamida
Ivo Brito
Jeann Marie da Rocha Marcelino
João Geraldo de Oliveira Junior
José Sueldo Guedes de Queiroz
Kandice de Melo Falcão
Leopoldina Cipriano Feitosa
Lucélia Borges de Abreu Ferreira
Luiz Carlos Reblin
Márcia Helena Leal
Marcia Aparecida Nogueira Pivato
Maria da Penha Marques Sapata
Maria José de Oliveira Evangelista
Nereu Henrique Mansano
Nilo César do Vale Baracho
Olavo de Moura Fontoura
Raylayne Ferreira Bessa
Rayone Moreira Costa Veloso Souto
Rosangela Treichel Saenz Surita
Silvia Regina Cremonez Sirena
Tatiana Mingote Ferreira de Azara
Tiago Bahia Fontana
Viviane Rocha de Luiz

Colaboração:
Aide de Souza Campagna
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Amanda de Sousa Delácio
Ana Carolina Cunha Marreiros
Ana Goretti Kalume Maranhão
Andréa de Paula Lobo; Mariana Alencar Sales
Andrea Helena Fernandes Dias
Arnoldo de Oliveira Junior

Carinne Boto Fonseca
Carla Conceição Ferraz
Carla Magda S. Domingues
Carmelita Ribeiro Filha
Cássio Roberto Leonel Peterka
Celmário Castro Brandão
Daila Nina Ribeiro Freire
Daniele Gomes Dell' Orti
Daniele Maria Pelissari
Denise Arakaki-Sanchez
Elaine da Rós Oliveira
Elisete Duarte
Elizabeth David dos Santos
Erika Rodrigues De Almeida
Fabiana Godoy Malaspina
Felipe Tavares Duailibe
Fernanda Dockhorn Costa Johansen
Gerson Fernando Mendes Pereira
Greice Madeleine Ikeda do Carmo
Jadher Percio
Juliana Acosta Santorum
Juliana Chedid Nogared Rossi
Karla Freire Baêta
Kauara Brito Campos
Kauara Rodrigues Dias Ferreira
Liana Reis Blume
Marcelo Yoshito Wada
Marcia Helena Leal
Maria Aline Siqueira Siqueira Santos
Mariana Gonçalves Freitas
Melquia Da Cunha Lima
Olivia Ugarte
Patrícia Bartholomay
Patrícia Werlang
Stefano Barbosa Codenotti
Poliana de Brito Ribeiro Reis
Regina Célia Mendes dos Santos Silva
Sheila Rizzato Stopa
Sheila Rodrigues Rodovalho
Sheyla Maria Araujo Leite
Silvânia Suely Caribé de Araújo
Simoni Urbano da Silva
Sirlene de Fátima Pereira
Sueli Zeferino Ferreira Almeida
Vinícius Oliveira de Moura Pereira
Walter Ataalpa de Freitas Neto
Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes
Zaíra Farias Bosco